

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Biologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 067285

ND: 29884

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : A8560 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tijalli Bouatza

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 5550 40 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº P19-067285

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<p>H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">D</td> <td style="width: 33%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">D</td> <td style="width: 33%;">00000000</td> <td style="width: 33%;">G</td> <td style="width: 33%;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">D</td> <td style="width: 33%;">35533411</td> <td style="width: 33%;">G</td> <td style="width: 33%;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	25533412 00000000	H	21433552 00000000	D	00000000	G	00000000	D	35533411	G	11433553	
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000											
D	00000000	G	00000000											
D	35533411	G	11433553											

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b> <b>W18-351851</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



MATRIX: 8560

W18-351851

**DATE DE DEPOT**

23.10.6.120

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mile

Nom & Prénom : MATA BOU AZZA

Fonction ELECTRICIEN Phones. 06.62.15.1040

## Mail .

MEDECIN

**Prénom du patient**

Adhérent  Conjoint  Enfant  Autre  Date \_\_\_\_\_

Nature de la maladie \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date 1ère visite \_\_\_\_\_

#### Nature de la maladie

Date 1ere visite

#### S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

**Montant de la facture**

~~farmacia Bennahoued CASABEL~~ 0522 9

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre				Date : .....
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraire

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



# **PHARMACIE TAM**

**Client :** \_\_\_\_\_

**Facture N° 00118 /**

**Casablanca, le** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Arrêtée la Présente Facture à la somme de :*

## Total HT

TVA 20%

## Total TTC

~~Pharmacie TAM  
Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oult  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99~~

## **Visa Direction**

PPU: 17.00 DH  
CBO1388  
EXP: 10/2022

25.

18000170365



PPU: 17.00 DH  
CB01399  
EXP: 10/2022

100

Page 25

118000\_170365



20 comprimés

009

ASPRO